

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
สัญญาเลขที่ สช.ญ.62-038

1 กันยายน 2562 ถึง 31 มกราคม 2563
ได้รับทุนสนับสนุนโดย
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



จัดทำโดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา “ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” ตามสาระหมวดที่กำหนดในธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 สำหรับภรนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม และประเมินสถานการณ์และความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม มีสถานะตามบทบัญญัติในมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

กระบวนการทำงานในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เริ่มจากการแบ่งทีมศึกษา ทบทวนข้อมูลทางวิชาการ ทั้งเอกสารในระดับประเทศและระดับโลก โดยยึดกรอบทิศทางเป้าหมายในการดำเนินงาน เช่น ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายรัฐบาล ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) เป็นต้น มาเป็นฐานในการศึกษาทางวิชาการและจัดทำชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เน้นไปที่การวัดผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) และผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการกำกับทิศของสำนักงานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อสร้างให้เป็นชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่มีความครอบคลุม ความเข้าใจ และสามารถวัดได้จริง เห็นพ้องไปในทิศทางเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและหารือร่วมกับภาคีเครือข่าย และการรับฟังข้อเสนอแนะจาก คณะกรรมการกำกับทิศ ของ สช. สามารถกำหนดชุดตัวชี้วัดจาก 14 สาระหมวดในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ได้ทั้งหมด 14 ชุดตัวชี้วัดและมีตัวชี้วัดทั้งสิ้น 24 ตัว โดยเป็นตัวชี้วัด SDGs จำนวน 14 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่ไม่ใช่ SDGs 10 ตัวชี้วัด โดยมี 2 สาระหมวดที่ยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลชุดตัวชี้วัดและตัวชี้วัด เนื่องจากความไม่พร้อมของข้อมูลและต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของตัวชี้วัด ได้แก่ สาระหมวด 4.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสาระหมวด 4.13 การอภิบาลระบบสุขภาพ โดยตัวชี้วัด SDGs ส่วนใหญ่จะเป็นตัวชี้วัดในเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยสาระหมวดเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มี SDGs ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด จำนวน 5 ตัวชี้วัด เนื่องจากเป็นสาระหมวดที่มีขอบเขตทั้งการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านความเป็นอยู่ของประชากร นอกจากนี้มี 6 สาระหมวดที่ไม่มีตัวชี้วัดด้าน SDGs เนื่องจากเป็นบริบทการดำเนินงานเฉพาะของประเทศไทย เช่น การแพทย์แผนไทย บริการสาธารณสุข การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นต้น

การพัฒนาชุดตัวชี้วัดตามสาระหมวดมีประเด็นท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะจากการตีความความ ภาพพึงประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยจึงต้องมีการหารือร่วมกับคณะกรรมการกำกับทิศ นักวิชาการ สช. เพื่อทราบแนวคิด การกำหนดร่างแต่ละสาระหมวด นอกจากนี้ สาระหมวดที่ขอบเขตกว้างหรือเป็นลักษณะนามธรรม ส่งผลต่อการตีความผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเป็นผลต่อความกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้อง ซึ่งต้องมีการทบทวนวรรณกรรม อย่างครบถ้วนทั้งหมดทุกภาพพึงประสงค์เพื่อให้ได้ร่างแรกที่มีจำนวนชุดตัวชี้วัดจำนวนมาก ก่อนที่จะค่อย จำกัดขอบเขตที่แคบลง จัดกลุ่มภาพพึงประสงค์ที่มีตัวชี้วัดร่วมกัน และกำหนดให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันลำดับ

ความสำคัญของแต่ละชุดตัวชี้วัด ไม่เน้นการใช้ทุกตัวชี้วัดที่มีข้อมูลอยู่ ภายหลังเห็นชอบร่วมกันในหลักการให้ เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์จากเจตนารมณ์ของสาระหมวดนั้น ๆ นอกจากนี้ ยังคำนึงถึงความพร้อมของ ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้รายงานผลได้ทันที

ข้อเสนอแนะในการพิจารณาดำเนินงานขั้นต่อไปของ สช. คือ 1) กำหนดแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ในการจัดทำสถานการณ์การดำเนินการตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ แผนควรระบุความพร้อม ของข้อมูลในแต่ละระยะ 2) จัดทำรายงานสถานการณ์การดำเนินงานตามธรรมนูญแห่งชาติว่าด้วยระบบ สุขภาพฉบับแรก โดยนำเสนอข้อมูล 14 ชุดตัวชี้วัด 24 ตัวชี้วัด ที่มีความพร้อมในการรวบรวมข้อมูล 3) ใน สาระหมวดที่ยังไม่สามารถกำหนดชุดตัวชี้วัด และตัวชี้วัดได้อย่างชัดเจน จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึง หน่วยงานและแนวทางในการพัฒนาตัวชี้วัดในลำดับต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร	ก
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูปภาพ.....	จ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	2
1.3 แผนการดำเนินงานของโครงการ	2
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	5
2.1 การแบ่งคณะทำงานตามสาระหมวด	5
2.2 การพัฒนาร่างตัวชี้วัด ตามภาพผังประสงค์รายสาระหมวด	7
2.3 การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง สช.....	8
2.4 การประชุมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	9
2.5 เอกสารที่ใช้ในการทบทวนและพัฒนาชุดตัวชี้วัด	10
บทที่ 3 ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์.....	13
3.1 หลักการของการพัฒนาชุดตัวชี้วัด	13
3.2 ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์	13
3.3 ตัวชี้วัดและความพร้อมของการเก็บข้อมูล	15
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	25
ภาคผนวก รายละเอียดชุดตัวชี้วัด และตัวชี้วัดตามสาระหมวด เฉพาะตัวชี้วัดที่สามารถรวบรวม ข้อมูลได้ทันที.....	33

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 กิจกรรม ผลลัพธ์ และกำหนดการการดำเนินงาน.....	3
ตารางที่ 2 การแบ่งคณะทำงานรับผิดชอบตามสาระหมวด.....	6
ตารางที่ 3 กรอบการทบทวนและการทดสอบร่างตัวชี้วัด.....	7
ตารางที่ 4 สรุปจำนวนตัวชี้วัดตามรายสาระหมวด.....	14
ตารางที่ 5 รายละเอียดตัวชี้วัดธรรมนูญสุขภาพ.....	16
ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียด.....	23
ตารางที่ 7 สรุปข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เปรียบเทียบในระดับโลก และระดับกลุ่มประเทศ.....	27

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึง เดือน มกราคม 2563 โดยผ่านกระบวนการดำเนินงานของคณะที่มิวิจัย และกระบวนการมีส่วนร่วมจากภายนอก... 5	
รูปภาพที่ 2 เครื่องมือการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์..... 8	

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี จำเป็นต้องมีระบบสุขภาพที่ดีเพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายด้านทั้งในระดับโลกและระดับภูมิภาค ส่งผลต่อสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สารสนเทศและเทคโนโลยี และการสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยทั้งสิ้น ดังนั้น การวางแผนระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ต้องคำนึงถึงเป้าหมายหลักที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีอย่างเท่าเทียมกัน และต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของสถานการณ์ในอนาคต

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม มีสถานะตามบทบัญญัติในมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทย เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว

โดยมุ่งหวังให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบและแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรี ประกอบกับได้รายงานสถานการณ์บัญญัติสุขภาพทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2559 โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีสถานะดังนี้

1. หน่วยงาน องค์กรรัฐ นำไปใช้ในฐานะ *กรอบและแนวทาง พัฒนาให้เกิด นโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ* ที่เป็นรูปธรรม ผ่านแผนบริหารระบบราชการ
2. ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน นำไปใช้ในฐานะ *ภาพพึงประสงค์ร่วมของระบบสุขภาพ* โดยขับเคลื่อนผ่านเครื่องมือต่างๆ ภายใต้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หรือเครื่องมือกลไกอื่น ๆ ที่เหมาะสม
3. ภาคีเครือข่ายพื้นที่ ใช้เป็น *ต้นแบบแนวคิด หลักการ* เพื่อจัดทำ ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่/เฉพาะประเด็น
4. ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน นำไปใช้เป็น *เครื่องมือสื่อสารกรอบและแนวทางระบบสุขภาพในอนาคต* (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังได้ระบุหน้าที่และอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ไว้ในมาตรา 27 (3) ว่าให้ สช. สืบค้น ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติฯ ซึ่งการกำหนดตัวชี้วัด ในการติดตามข้อมูลต่าง ๆ และสถานการณ์ของระบบสุขภาพ มีความสำคัญ เนื่องจากตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามประเมินผลเพื่อให้กิจกรรมนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนและเป้าหมาย และสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือวางแผนการ

ปฏิบัติงานในอนาคต ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (สำนักงาน ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2554)

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานนำไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศที่ระบุไว้ใน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 27 (3) จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อใช้ในการ ติดตามประเมินสถานการณ์ของระบบสุขภาพไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อพัฒนา “ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” ตามสารระหมวดที่กำหนดในธรรมนูญระบบ สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 สำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม และประเมินสถานการณ์และความก้าวหน้า ของการพัฒนาสุขภาพไทย

1.3 แผนการดำเนินงานของโครงการ

การพัฒนาตัวชี้วัดกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 5 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 วิธีการหลักที่ใช้ ได้แก่ การทบทวนเอกสารเพื่อจัดทำร่างตัวชี้วัด นำเสนอร่างต่อคณะกรรมการกำกับทิศ ของ สช. เพื่อขอข้อเสนอแนะต่อการนำมาพัฒนาให้ชุดตัวชี้วัดสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตารางที่ 1 นำเสนอกิจกรรม ผลลัพธ์ และกำหนดการดำเนินงานตลอดช่วงโครงการ สรุปกิจกรรมหลัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 ศึกษาทบทวนข้อมูลทางวิชาการ (Document review) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำชุดตัวชี้วัด ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งในและต่างประเทศ

1.3.2 นำหลักการสำคัญและภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และกรอบทิศทางที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ อาทิเช่น ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายรัฐบาล ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) เป็นต้น มาเป็นฐานในการศึกษาทางวิชาการ และจัดทำชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เน้นไปที่การวัดผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) โดยใช้กระบวนการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสร้างให้เป็นชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่มีความ ครบคลุม ความเข้าใจ และสามารถวัดได้จริง เห็นพ้องไปในทิศทางเดียวกัน และมีการอ้างอิงธรรมนูญฯ ฉบับ ที่ 2

1.3.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักการทางวิชาการเพื่อนำมาจัดทำชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ที่พึงประสงค์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและบริบทของไทย พร้อมให้คำนิยามและรายละเอียดตัวชี้วัด รวมถึงรายละเอียดในการติดตามและการวัด

1.3.4 จัดทำข้อเสนอแนะแนวทางต่อการนำชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์มาใช้ประโยชน์ใน การติดตามประเมินสถานการณ์ของระบบสุขภาพไทย ทั้งในส่วนของวิธีการใช้ตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลในการ ติดตาม

1.3.5 พัฒนาชุดตัวชี้วัด โดยผ่านการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งรับฟัง ข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจากด้านต่างๆ

ตารางที่ 1 กิจกรรม ผลลัพธ์ และกำหนดการดำเนินงาน

กิจกรรม	ผลลัพธ์	เดือน				
		ก.ย. 62	ต.ค. 62	พ.ย. 62	ธ.ค. 62	ม.ค. 63
1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ	นโยบาย เอกสาร และตัวชี้วัดในประเทศและต่างประเทศ	x				
2. ประชุมทีมภายในเพื่อปรึกษาหารือในการพัฒนากรอบตัวชี้วัด/ปรับแก้/และสรุปข้อมูล	Template การพัฒนาตัวชี้วัด กระบวนการทำงานในทิศทางเดียวกันของคณะวิจัย	x	x		x	
3. พัฒนาร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 1)	ร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 1) เน้นตัวชี้วัดภาพพึงประสงค์	x				
4. ประชุมกับคณะกรรมการกำกับทิศของ สช. เพื่อพิจารณาร่างชุดตัวชี้วัด และให้ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะต่อร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 1)		x			
5. ปรับแก้ร่างชุดตัวชี้วัด ครั้งที่ 1	ร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 2) เน้นตัวชี้วัดภาพรวม		x			
6. ประชุมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อเสนอแนะต่อร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 2)	ข้อเสนอแนะต่อร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 2)			x		
7. ปรับแก้ร่างชุดตัวชี้วัด ครั้งที่ 2	ร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 3) เน้นตัวชี้วัดภาพพึงประสงค์ ภาพรวม และสถานการณ์การเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด				x	
8. ประชุมกับคณะกรรมการกำกับทิศของ สช. เพื่อสรุปชุดตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะต่อร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 3)				x	
9. จัดทำรายงานสรุปชุดตัวชี้วัด	ชุดตัวชี้วัดที่สมบูรณ์					x

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). ธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2

พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: บริษัท อีแอนด์ไอ ครีเอทีฟส์ จำกัด

สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2554). การกำหนดตัวชี้วัด สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการดำเนินการโดยมีกิจกรรมหลัก 2 ส่วน ได้แก่ การแบ่งคณะทำงานตามสาระหมวด และการพัฒนาร่างตัวชี้วัดภาพพึงประสงค์ นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในการจัดประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง สช. และการประชุมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างชุดตัวชี้วัด

รูปภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 โดยผ่านกระบวนการดำเนินงานของคณะที่วิจัย และกระบวนการมีส่วนร่วมจากภายนอก



2.1 การแบ่งคณะทำงานตามสาระหมวด

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program Foundation: IHPP Foundation) เป็นหน่วยงานวิจัยนโยบายระบบสาธารณสุข จึงมีหน่วยวิจัยย่อย (Node) ครอบคลุมหัวข้อการวิจัยที่หลากหลาย การแบ่งคณะทำงานให้กระจายในทุกหน่วยวิจัยย่อยพิจารณาจากความเกี่ยวข้องกับประเด็นรับผิดชอบหรือประเด็นเชี่ยวชาญตามสาระหมวดและเป้าหมายของภาพพึงประสงค์ เพื่อให้การพัฒนาตัวชี้วัดตอบสนองต่อภาพพึงประสงค์มากที่สุด

หลังจากการมอบหมายคณะทำงาน มีการจัดประชุมคณะทำงานทุกสาระหมวด ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2562 ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 2 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ การประชุมจัดขึ้น

เพื่อทำความเข้าใจร่วมถึงวัตถุประสงค์โครงการ รวบรวมแหล่งข้อมูลเอกสารหลักที่ใช้ในการทบทวนข้อมูลและ
 นิยามศัพท์ และร่วมกันกำหนดระเบียบวิธีวิจัยกลางในร่างการพัฒนาชุดตัวชี้วัดของทุกสาระหมวด ตารางที่ 2
 นำเสนอคณะกรรมการภายในที่รับผิดชอบตามสาระหมวด

ตารางที่ 2 การแบ่งคณะกรรมการรับผิดชอบตามสาระหมวด

สาระหมวด	คณะกรรมการใน IHPP
1. สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ	กลุ่มวิจัยสิทธิทางสุขภาพประชากรที่มีใช้ ชาวไทย
2. การสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่มวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ
3. การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	กลุ่มวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ
4. การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ	กลุ่มวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ
5. การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น	กลุ่มวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ
6. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	กลุ่มวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ
7. การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มวิจัยการด้อยาลจุลชีพ
8. การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	กลุ่มวิจัยภาวะโรค
9. การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	กลุ่มวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
10. การเงินการคลังด้านสุขภาพ	กลุ่มวิจัยการเงินการคลังด้านสุขภาพ
11. สุขภาพจิต	กลุ่มวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ
12. สุขภาพทางปัญญา	กลุ่มพัฒนาศักยภาพ
13. การอภิบาลระบบสุขภาพ	กลุ่มวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ
14. ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่	กลุ่มวิจัยข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ กับผลกระทบทางสุขภาพ

2.2 การพัฒนาร่างตัวชี้วัด ตามภาพผังประสงครายสาระหมวด

หลังจากการประชุมเพื่อทำความเข้าใจ ได้กำหนดระยะเวลาเพื่อให้แต่ละคณะทำงานเริ่มศึกษาและวิเคราะห์ภาพผังประสงครวมอนุสัญญาสุขภาพแห่งชาติ โดยอาศัยกรอบการทบทวนตัวชี้วัด นำเสนอตามตารางที่ 3 และเพื่อควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงให้ทดลองทบทวนร่างตัวชี้วัดภาพผังประสงคร้อยละ 1 ภาพในสาระหมวดได้รับมอบหมายก่อน เพื่อทดสอบขั้นตอนการดำเนินงาน และนำร่างดังกล่าวมารวบรวมหรือเพื่อปรับระเบียบวิธีวิจัยกลางในการพัฒนาชุดตัวชี้วัดของทุกสาระหมวดอีกครั้ง

ตารางที่ 3 กรอบการทบทวนและการทดสอบร่างตัวชี้วัด

หัวข้อ	คำอธิบาย
1. คำสำคัญ (Keyword)	คำสำคัญในเนื้อหาภาพผังประสงค์
2. กำหนดนิยาม (Definition)	คำอธิบายของคำนั้น ๆ สามารถดูข้อมูลเบื้องต้นจากธรรมนูญสุขภาพ
3. ความพร้อมของข้อมูล/ตัวชี้วัด (Availability of data/indicators)	มีข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับเนื้อหาในภาพผังประสงค์หรือไม่ <ul style="list-style-type: none"> - มี (เติมรายละเอียดข้อมูลในข้อ 4) - ไม่มี (เติมรายละเอียดข้อมูลในข้อ 5)
4. รายละเอียดข้อมูล/ตัวชี้วัด (Indicators and details)	รายละเอียดของตัวชี้วัด โดยให้ความสำคัญที่ Outcome/Impact indicator (เพิ่มรายละเอียดให้มากที่สุด) <ul style="list-style-type: none"> - ชื่อตัวชี้วัด - รูปแบบตัวชี้วัด (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) - ระดับตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดตอบสนองเป้าหมายในระดับใด ระดับ SDGs/Global target/ นโยบายรัฐบาล/นโยบายกระทรวง/นโยบายระดับกรม /นโยบายระดับจังหวัด เป็นต้น) - วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด (เป้าหมายหรือผลของตัวชี้วัดที่ต้องการให้บรรลุ) - คำนิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด - วิธีการคำนวณ/จัดทำตัวชี้วัด - วิธีการจัดเก็บข้อมูล - ความถี่ในการประเมินตัวชี้วัด - หน่วยงานรับผิดชอบในตัวชี้วัด - เป้าหมาย/เกณฑ์/ระดับในการประเมินตัวชี้วัด - แหล่งที่มาของข้อมูล <p>ใน 1 ภาพผังประสงค์ อาจจะมีตัวชี้วัดมากกว่า 1 ตัวชี้วัดได้</p>
5. ส่วนขาดของข้อมูล (Information/data gaps)	วิเคราะห์ช่องว่างหรือส่วนขาดของข้อมูล หรือตัวชี้วัดใดควรจะต้องมีเพิ่มเติม

คณะผู้วิจัยจัดการประชุมปรึกษาหารือระหว่างคณะทำงานทุกสาระหมวด ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2562 ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น 2 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะจากการทดลองทบทวนและร่างตัวชี้วัดภาพผังประสงค์ พบว่าร่างเครื่องมือมีความสมบูรณ์แล้ว

แต่อาจสามารถปรับรูปแบบให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่ายขึ้น จึงได้ร่วมกันปรับเครื่องมือพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ดึงนำเสนอรูปภาพที่ 2.1

นอกจากการปรับเครื่องมือแล้ว การประชุมครั้งนี้ยังได้หารือในเนื้อหาของแต่ละภาพพึงประสงค์ และพบว่า (1) บางตัวชี้วัดไม่สามารถกำหนดตัวชี้วัด outcome ได้ เนื่องจากการให้นิยามกลางยังไม่ชัดเจน การขับเคลื่อนยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ จึงเสนอให้เสนอตัวชี้วัด output (2) บางภาพพึงประสงค์หวังเป้าหมายสูงสุดในเชิงอุดมคติ ซึ่งตัวชี้วัดที่มีอยู่สามารถตอบสนองภาพรวมได้ แต่ยังมีช่องว่างบางส่วน จึงตกลงร่วมกันให้ใช้ตัวชี้วัดที่ตอบสนองภาพรวม แต่ระบุขอบเขตของตัวชี้วัดที่นำเสนอว่าครอบคลุมอย่างไร หรือมีช่องว่างในส่วนใด

รูปภาพที่ 2 เครื่องมือการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

สาระหมวดที่ เรื่อง

ภาพพึงประสงค์ที่

เอกสารระดับโลก (แผนยุทธศาสตร์/แผนการดำเนินงาน/ ชุดตัวชี้วัด)	เอกสารระดับประเทศ (แผนยุทธศาสตร์/แผนการดำเนินงาน/ สถานการณ์)	Outcome indicators (รายละเอียดตัวชี้วัด)	Process/output indicators (กรณีที่ไม่สามารถระบุ Outcome indicator ได้)
Discussion (ข้อสังเกต/ข้อเสนอแนะ/ความสอดคล้องระหว่างภาพพึงประสงค์ กับ outcome indicator/ส่วนขาดของข้อมูล/อื่น ๆ)			
คำสำคัญ/นิยาม			
สถานการณ์โดยสรุปภายใต้ภาพพึงประสงค์ (หน่วยงานที่รับผิดชอบ/ระบบหรือการดำเนินการหลักจากภาพพึงประสงค์)			
แหล่งที่มาข้อมูล (Reference – Vancouver)			

2.3 การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง สช.

หลังจากการประชุมภายในคณะที่มิวิจัยของ IHPP และได้พัฒนาร่างชุดตัวชี้วัด ทางคณะที่มิวิจัยได้นำเสนอร่างชุดตัวชี้วัด (ฉบับที่ 1) ต่อคณะกรรมการกำกับทิศทาง สช. โดยในการประชุมครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2562 มีข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาร่างชุดตัวชี้วัด โดยเน้นความสำคัญกับตัวชี้วัด SGDs

และเชื่อมโยงหน่วยงานที่นอกเหนือจากหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ที่ประชุมเสนอให้มีการปรึกษาหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญและพัฒนาชุดตัวชี้วัดของแต่ละสาระหมวด ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง สข. ครั้งที่ 2 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2563 โดยเป็นการจัดประชุมต่อเนื่องจากการประชุมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปในการพัฒนาชุดตัวชี้วัด โดยที่ประชุมมีมติให้ในการคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทการทำงานของประเทศไทย

การประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง สข. ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 เป็นการนำเสนอชุดตัวชี้วัดและตัวชี้วัดที่ได้ข้อสรุปจากการประชุมวันที่ 7 มกราคม 2563 และได้มีความเห็นชอบตัวชี้วัดที่มีความพร้อมในการรวบรวมข้อมูล โดยจะนำเสนอในบทที่ 3

2.4 การประชุมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

หลังจากการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง สข. ครั้งที่ 1 ทางคณะที่มิวิจัยของ IHPP ได้นำเสนอร่างชุดตัวชี้วัด ฉบับที่ 2 กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 โดยที่ประชุมมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

- ข้อเสนอตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ SDGs มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแล้ว อาจพิจารณาเพิ่มความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงหรือผนวกรวมเข้ากับตัวชี้วัดอื่น ๆ เช่น การผนวกรวมกันระหว่างชุดตัวชี้วัดที่ได้พัฒนา และชุดตัวชี้วัดที่ทางสภาพัฒน์ฯ และสำนักงานสถิติแห่งชาติได้พัฒนาขึ้น
- สาระสำคัญของตัวชี้วัดที่ได้นำเสนอ สามารถตอบภาพรวมของภาพพึงประสงค์ของแต่ละสาระหมวดได้ คำนึงถึงการเทียบเคียงของชุดตัวชี้วัดกับภาพพึงประสงค์ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในเรื่องความครอบคลุมและสามารถจับหลักสำคัญของธรรมนูญได้ เช่น ตัวชี้วัดจากชุดตัวชี้วัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถตอบภาพพึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงสิทธิของกลุ่มคนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพหรือคนที่อยู่ในสถานะเปราะบาง ได้หรือไม่ เป็นต้น
- ทบทวนข้อมูลเพิ่มเติมในสาระหมวดที่ตัวชี้วัดมีความเชื่อมโยงกับกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
- ในขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัด หรือในกรณีที่จะต้องพัฒนาตัวชี้วัดใหม่ จะต้องมีการทำความเข้าใจและหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ในเรื่องของ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการได้มาซึ่งข้อมูล (ผลของตัวชี้วัด) จะต้องมี การคุยในรายละเอียด กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

หลังจากการพัฒนา ร่างชุดตัวชี้วัด ฉบับที่ 3 ทางคณะที่มิวิจัยของ IHPP ได้นำเสนอต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จากหน่วยงานต่าง ๆ อาทิเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค มูลนิธิสุขภาพไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เป็นต้น โดยมีการแบ่งกลุ่มปรึกษาหารือร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ความเหมาะสมในการวัดภาพพึงประสงค์ พิจารณาลำดับความสำคัญของตัวชี้วัด และการวัดผลและการรายงานผล โดยที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะและเพิ่มเติมข้อมูลที่สำคัญ เช่น การให้ความสำคัญกับภาพพึงประสงค์ การเพิ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในบางสาระหมวด เป็นต้น

2.5 เอกสารที่ใช้ในการทบทวนและพัฒนาชุดตัวชี้วัด

จากการทบทวนเอกสารหลักที่ใช้ในการทบทวนข้อมูลและพัฒนาชุดตัวชี้วัดจากแต่ละสาระหมวด แหล่งที่มาของเอกสารมีทั้งเอกสารระดับโลก และเอกสารภายในประเทศ เอกสารที่เป็นแหล่งอ้างอิงเอกสาร และร่างตัวชี้วัดที่สอดคล้องกันจากหลายสาระหมวดประกอบด้วย

เอกสารระดับโลก

- Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development
แหล่งที่มา:
https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RE.S.71.313%20Annex.pdf
- World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals
แหล่งที่มา:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>
- International Health Regulations 2005 (IHR)
แหล่งที่มา:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>

- Global Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013-2020
แหล่งที่มา: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool
แหล่งที่มา: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272432/WHO-WHE-CPI-2018.16-eng.pdf?sequence=1>
- Other global commitments such as Convention, resolutions, strategies, action plans, situation reports, etc.

เอกสารภายในประเทศ

- แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (พ.ศ. 2559-2579)
แหล่งที่มา: <http://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/3215.pdf>
- แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และรายละเอียดตัวชี้วัด (พ.ศ. 2562)
แหล่งที่มา: http://bps.moph.go.th/new_bps/node/447
- รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งที่มา: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/>
- แผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)
แหล่งที่มา: https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)
แหล่งที่มา: <http://dmsic.moph.go.th/index/download/699>
- พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
แหล่งที่มา: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf>
- มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง มกราคม 2562)
แหล่งที่มา: <https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/%e0%b8%a1%e0%b8%b2%e0%b8%95%e0%b8%a3%e0%b8%90%e0%b8%b2%e0%b8%99/Attach/HA%20Standard%204th%20Edition.pdf>
- แผนยุทธศาสตร์ หรือแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละสาระหมวด เช่น
 - ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแห่งชาติ
 - แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระยะ 5 ปี
 - แผนยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
 - แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 10 ปี
 - แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1

บทที่ 3

ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

บทนี้นำเสนอผลลัพธ์จากการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์จากกระบวนการที่ดำเนินการมาดั่งนำเสนอในบทที่ 2 หัวข้อการนำเสนอประกอบด้วยแนวคิดของการพัฒนาตัวชี้วัด สรุปลักษณะตัวชี้วัดตามสาระหมวด และรายละเอียดตัวชี้วัดและความชัดเจนของการวัดโดยแบ่งเกณฑ์เป็น 3 เกณฑ์ สำหรับรายละเอียดตัวชี้วัดของแต่ละตัวชี้วัดสามารถศึกษาได้จากภาคผนวก

3.1 หลักการของการพัฒนาชุดตัวชี้วัด

จากการหารือร่วมกับคณะกรรมการกำกับทิศและภาคีเครือข่ายตลอดระยะเวลาดำเนินงาน ได้มีการเห็นชอบร่วมกันในหลักการของการพัฒนาชุดตัวชี้วัดทั้ง 14 สาระหมวด ดังต่อไปนี้

(1) ชุดตัวชี้วัด/ ตัวชี้วัดสะท้อนถึงผลลัพธ์รวม (outcome/ impact indicator) ของเจตนารมณ์ของภาพพึงประสงค์ ไม่ใช่การวัดตามรายภาพพึงประสงค์ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดจำนวนมาก แต่ให้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงผลสัมฤทธิ์

(2) ให้ความสำคัญตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับพันธสัญญาระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เนื่องจากผูกพันกับเป้าหมายที่ประเทศได้ให้การรับรองมาแล้ว ตัวชี้วัดเหล่านี้มีจุดเด่นคือมีการกำหนดวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจน โดย Inter-agency and Expert Group on SDG indicators¹ ซึ่งมีมาตรฐานและสามารถเปรียบเทียบความก้าวหน้าระหว่างประเทศได้

(3) ตัวชี้วัดต้องสามารถกำหนดนิยาม วิธีการวัดที่ชัดเจน มีความพร้อมของข้อมูลโดยไม่ต้องเก็บข้อมูลใหม่ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถกำหนดชุดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงเจตนารมณ์ของภาพพึงประสงค์ได้ ขอให้เสนอกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดในโอกาสต่อไป

3.2 ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

การพัฒนาชุดตัวชี้วัดจากการทบทวนวรรณกรรมและหารือร่วมกับภาคีเครือข่าย และการรับฟังข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการกำกับทิศ ของ สช. สามารถกำหนดชุดตัวชี้วัด ได้ทั้งหมด 14 ชุดตัวชี้วัดและมีตัวชี้วัดทั้งสิ้น 24 ตัว โดยเป็นตัวชี้วัด SDGs จำนวน 14 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่ไม่ใช่ SDGs 10 ตัวชี้วัด โดยมี 2 สาระหมวดที่ยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลชุดตัวชี้วัดและตัวชี้วัด เนื่องจากความไม่พร้อมของข้อมูลและต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของตัวชี้วัด ได้แก่ สาระหมวด 4.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสาระหมวด 4.13 การอภิบาลระบบสุขภาพ

สาระหมวดที่มีตัวชี้วัด SDGs มากที่สุด คือ สาระหมวดเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (5 ตัวชี้วัด) เนื่องจากเป็นสาระหมวดที่มีขอบเขตทั้งการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านความเป็นอยู่ของประชากร นอกจากนี้มี 6 สาระหมวดที่ไม่มีตัวชี้วัดด้าน SDGs เนื่องจากเป็นบริบทการดำเนินงานเฉพาะของประเทศไทย เช่น การแพทย์แผนไทย บริการสาธารณสุข การเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นต้น

¹ <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/>

สำหรับหน่วยงานรับผิดชอบ หมายถึง หน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพและมีหน้าที่จัดเก็บข้อมูลและรายงาน
ตัวชี้วัด ตารางที่ 4 นำเสนอจำนวนตัวชี้วัดและหน่วยงานรับผิดชอบตามสาระหมวด

ตารางที่ 4 สรุปจำนวนตัวชี้วัดตามรายสาระหมวด

สาระหมวด	ชุด ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด			หน่วยงานรับผิดชอบ
		SDG	นอก SDG	รวม	
4.1 สิทธิและหน้าที่	2	5	-	5	สนง.สถิติแห่งชาติ สภาพัฒน์ฯ
4.2 สร้างเสริมสุขภาพ	1	4	-	4	กรมควบคุมโรค กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สธ.
4.3 ป้จจัยคุกคามสุขภาพ	1	1	-	1	กรมควบคุมโรค
4.4 บริการสาธารณสุข	2	-	2	2	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมการแพทย์
4.5 แพทย์พื้นบ้าน	1	-	2	2	กรมแพทย์แผนไทยฯ
4.6 คุ้มครองผู้บริโภค	-	-	-	-	*
4.7 องค์กรความรู้สุขภาพ	1	2	-	2	สวรส. วช. สวทน.
4.8 ข้อมูลข่าวสาร	1	-	1	1	กระทรวงดิจิทัลฯ
4.9 กำลังคน	1	1	-	1	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4.10 การเงินการคลัง	1	-	2	2	IHPP
4.11 สุขภาพจิต	1	1	1	2	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สธ. สนง.สถิติแห่งชาติ
4.12 สุขภาพทางปัญญา	1	-	1	1	กรมสุขภาพจิต
4.13 อภิบาลระบบ	-	-	-	-	*
4.14 ธรรมนูญพื้นที่	1	-	1	1	สช.
รวม	14	14	10	24	

*หมายเหตุ: ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของตัวชี้วัด

3.3 ตัวชี้วัดและความพร้อมของการเก็บข้อมูล

การพัฒนาตัวชี้วัดจากการรวบรวมตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับภาพพึงประสงค์ ในขั้นการดำเนินการมีการนำเสนอร่างตัวชี้วัดแก่ภาคีผู้เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงได้หารือร่วมกันเพื่อลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่สะท้อนเจตนารมณ์ของสาระหมวดและความพร้อมของการเก็บข้อมูลมากที่สุด นอกจากนี้ ยังได้หารือเพื่อหาข้อสรุปของแต่ละตัวชี้วัดในการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศ ของ สช. ตารางที่ 5 แสดงตัวชี้วัดที่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลหรือรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานรับผิดชอบได้ทันที รวมถึงมีการรายงานผลในเอกสารหรือรายงานระดับประเทศและระดับโลก

ตารางที่ 6 แสดงตัวชี้วัดในบางสาระหมวดที่มีความสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ทันที จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ทั้งในส่วนผู้รับผิดชอบ รายละเอียดตัวชี้วัด วิธีการวัด และการเก็บข้อมูล

ภาคผนวก นำเสนอรายละเอียดของแต่ละตัวชี้วัด ได้แก่ คำนิยาม วิธีการวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและความพร้อมของข้อมูล

16 ตารางที่ 5 รายละเอียดตัวชี้วัดธรรมนูญสุขภาพ

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ และรายละเอียด	หมายเหตุ
4.1 สิทธิ และหน้าที่ ด้านสุขภาพ	1) หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)	1	SDG 3.7.1 Proportion of women of reproductive age (aged 15–49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่)	สำนักงานสถิติแห่งชาติ เก็บข้อมูลการวางแผนครอบครัวและมีข้อความที่ เกี่ยวข้อง ในการสำรวจ MICs และมีการรายงาน ผลใน World Health Statistics Report ปี 2019	-
		2	SDG 3.8.1 Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population) (ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วย อนามัยเจริญพันธุ์ มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส))	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ รวบรวมข้อมูล และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019	-
		3	SDG 3.8.2 Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ	-

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ และรายละเอียด	หมายเหตุ
			(ร้อยละของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน)	รวบรวมข้อมูล และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019	
		4	SDG 3.b.1 Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme (ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุในแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ)	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวบรวมข้อมูล และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019	-
	2. Health and well-being ของประชากร	5	SDG 4.2.1 Proportion of children under 5 years of age who are developmentally on track in health, learning and psychosocial well-being, by sex (ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และพัฒนาการทางบุคลิกภาพตามวัย จำแนกตามเพศ)	สำนักงานสถิติแห่งชาติ เก็บข้อมูลในการสำรวจ MICs และมีการระบุถึงตัวชี้วัดในรายงานการสังเคราะห์ตัวชี้วัดด้านการศึกษาไทย ตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ.2560 ของกระทรวงศึกษาธิการ	-
4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ	3. สถานะสุขภาพของคนไทย	6	SDG 3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations (จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก))	กรมควบคุมโรค มีข้อมูลและรายงานผลในรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย และมีการรายงานผลใน UNAIDS website	-
		7	SDG 3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลอัตราการตายรายโรค และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019	-

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ และรายละเอียด	หมายเหตุ
			(อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง)		
		8	SDG 3.6.1 Death rate due to road traffic injuries (อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ประมวลผลและรวบรวมข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019	-
		9	SDG 3.9.1 Mortality rate attributed to household and ambient air pollution (อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป)	มีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019 Assessed by using Age-standardized mortality rate attributed to household and ambient air pollution (per 100,000 population)	-
4.3 การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	4. ศักยภาพในการจัดการปัจจัยคุกคามและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทย	10	SDG 3.d.1 International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness (ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) และการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ)	กรมควบคุมโรค จัดทำรายงานประจำปี ผลการประเมินตนเองของรัฐภาคี ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool) และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019 Assessed by taking the average of 13 International Health Regulations core capacity scores	-

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ และรายละเอียด	หมายเหตุ
4.4 การ บริการ สาธารณสุข และการ สร้าง หลักประกัน คุณภาพ	5. การเข้าถึง บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	11	ร้อยละของประชากรเป้าหมาย ที่สามารถเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข	-
	6. การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (End-of-life care)	12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ และคณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแล แบบประคับประคองของเขตบริการสุขภาพ ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข	-
4.5 การ ส่งเสริม สนับสนุน การใช้และ การพัฒนา ภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้าน สุขภาพ การแพทย์ แผนไทย การแพทย์ พื้นบ้านและ การแพทย์ ทางเลือกอื่น	7. ระบบบริการ แพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก	13	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข	-
		14	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือ การตลาด	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข	-

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ และรายละเอียด	หมายเหตุ
4.7 การ สร้างองค์ ความรู้ด้าน สุขภาพ	8. การพัฒนาและ การสร้างความรู้ ด้านสุขภาพและ งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ	15	SDG 9.5.1 Research and development expenditure as a proportion of GDP (ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP)	สวรส. วช. สวทน. จัดเก็บข้อมูล และมีรายงานผลในรายงานศักยภาพ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของ ประเทศไทย (สวทน.)	รวบรวม ข้อมูลได้ ทันที จากนั้นควร พัฒนาไปสู่ รายงาน ด้านวิจัย ด้านสุขภาพ ในอนาคต
		16	SDG 9.5.2 Researchers (in full-time equivalent) per million inhabitants (สัดส่วนนักวิจัย (เทียบเป็นการทำงานเต็มเวลา) ต่อ ประชากร 1,000,000 คน)	สวรส. วช. สวทน. จัดเก็บข้อมูล และมีรายงานผลในรายงานศักยภาพ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของ ประเทศไทย (สวทน.)	รวบรวม ข้อมูลได้ ทันที จากนั้นควร พัฒนาไปสู่ จำนวน นักวิจัยด้าน สุขภาพใน อนาคต
4.8 การ เผยแพร่ ความรู้และ ข้อมูล	9. Anti-Fake News System	17	จำนวนของ Fake news ที่ถูกระงับและตรวจจับ	กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม	รวบรวม ข้อมูลเท่าที่ สามารถ รวบรวมได้

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ และรายละเอียด	หมายเหตุ
ข่าวสารด้าน สุขภาพ					
4.9 การ สร้างและ พัฒนา กำลังคนด้าน สุขภาพ	10. การพัฒนา กำลังคนด้าน สุขภาพ	18	SDG 3.c.1 Health worker density and distribution (ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้าน สาธารณสุข)	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูล และมีการรายงานใน World Health Statistics Assessed by using density of medical Doctors, midwifery, dentists and pharmacists (per 10,000 population)	-
4.10 การเงินการ คลังด้าน สุขภาพ	11. ระบบติดตาม การเงินการคลัง ด้านสุขภาพ	19	วิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis: FIA)	IHPP มีข้อมูลการศึกษา	-
		20	วิเคราะห์การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของ ภาครัฐ (Benefit incidence analysis: BIA)	IHPP มีข้อมูลการศึกษา	-
4.11 สุขภาพจิต	12. การพัฒนา สุขภาพจิต	21	SDG 3.4.2 Suicide mortality rate (อัตราการฆ่าตัวตาย)	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวง สาธารณสุข ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวชี้วัดของกระทรวง สาธารณสุข และรายงานใน World Health Statistics	-
		22	ระดับสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย	สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล	-

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ และรายละเอียด	หมายเหตุ
4.12 สุขภาพทาง ปัญญา	13. สุขภาพทาง ปัญญาของคน ไทย	23	ระดับความสุขของประเทศไทย	กรมสุขภาพจิต สังกเคราะห์จาก World Happiness Report (รายปี)	-
4.14 ธรรมนุญ สุขภาพพื้นที่	14. ธรรมนุญ สุขภาพพื้นที่	24	จำนวนตำบลที่มีธรรมนุญสุขภาพระดับพื้นที่และประเด็น	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	-

ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียด

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ	ข้อเสนอแนะ
4.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ	1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า Universal Health Coverage (UHC)	1	SDG 3.b.3 Proportion of health facilities that have a core set of relevant essential medicines available and affordable on a sustainable basis	-	ยังไม่มีตัวเลข ต้องศึกษาข้อมูล และประสานเพื่อหาหน่วยงานรับผิดชอบ
	2. สิทธิผู้ป่วย	2	องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (ก. คำประกาศสิทธิ ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิ ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ)	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)	หารือกับ สรพ. ในการพัฒนาตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสม
4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ	3. Health Literacy	3	ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น	มีการสำรวจระดับประเทศ ในปี 2557 โดยกรมอนามัย	หารือกับกรมอนามัย เกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน และการนำข้อมูลมาใช้
4.3 การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	4. ศักยภาพในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) และทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HIAP)	4	ร้อยละของ อปท. ที่มีศักยภาพในการเฝ้าระวัง ติดตามผลกระทบด้านสุขภาพของโครงการต่าง ๆ ในพื้นที่หลังจากที่หน่วยงานภาครัฐได้อนุญาตให้ดำเนินการ	กรมอนามัย กองประเมินผลกระทบฯ	หารือกับกรมอนามัย เกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล
		5	ร้อยละของการดำเนินการของรัฐที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ได้รับการประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย	สำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงทรัพยากรฯ	ศึกษาเพิ่มเติมในหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับและติดตามสิทธิ ตามมาตรา 58 และปรึกษาหารือในกระบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูล

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ	ข้อเสนอแนะ
4.4 การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ	5. คุณภาพบริการสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย	6	ดัชนีผสม (Composite index) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ผู้ให้บริการ (Patient safety and professional safety—2P safety)	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กำลังพัฒนาตัวชี้วัด	หารือกับ สรพ. ในการพัฒนาดัชนีผสม
4.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	6. ศักยภาพการคุ้มครองผู้บริโภค	7	ศักยภาพการคุ้มครองผู้บริโภคของหน่วยงานที่มีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย	ใช้ข้อมูลดัชนีวัดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	สช. ประสานหาหน่วยงานรับผิดชอบในการเก็บข้อมูล
4.13 การอภิบาลระบบสุขภาพ	7. การอภิบาลในภาคสุขภาพ (Governance)	8	Health sector governance index	-	ศึกษาเพิ่มเติมในการพัฒนาตัวชี้วัด

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากกระบวนการพัฒนาชุดตัวชี้วัดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสารระดับโลกและระดับประเทศ และการประชุมหารือร่วมกันภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปชุดตัวชี้วัดทั้งสิ้น 14 ชุด จาก 24 ตัวชี้วัด รายละเอียดดังที่นำเสนอในส่วนก่อนหน้า

การพัฒนาชุดตัวชี้วัดตามสาระหมวดมีประเด็นท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะจากการตีความความภาพพึงประสงค์ ส่วนหนึ่งเนื่องจากคณะผู้วิจัยไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 ทำให้ไม่ทราบที่มาและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของแต่ละสาระหมวด นอกจากนี้ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 ไม่ได้กำหนดกลไกการประเมินไว้ตั้งแต่เริ่มต้น ในประเด็นท้าทายนี้ ผู้วิจัยจึงต้องมีการหารือร่วมกับคณะกรรมการกำกับทิศ นักวิชาการ สข. เพื่อทราบแนวคิดการกำหนดร่างแต่ละสาระหมวด

ประการที่สอง สาระหมวดที่ขอบเขตกว้างหรือเป็นลักษณะนามธรรม การกำหนดนิยามและภาพพึงประสงค์ยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการตีความผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเป็นผลต่อความกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้อง ในประเด็นนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างครบถ้วนทั้งหมดทุกภาพพึงประสงค์เพื่อให้ได้ร่างแรกที่มีจำนวนชุดตัวชี้วัดจำนวนมาก ก่อนที่จะค่อยจำกัดขอบเขตที่แคบลง จัดกลุ่มภาพพึงประสงค์ที่มีตัวชี้วัดร่วมกัน และกำหนดให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันลำดับความสำคัญของแต่ละชุดตัวชี้วัด ไม่เน้นการใช้ทุกตัวชี้วัดที่มีข้อมูลอยู่ ภายหลังเห็นชอบร่วมกันในหลักการให้เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์จากเจตนารมณ์ของสาระหมวดนั้นๆ นอกจากนี้ ยังคำนึงถึงความพร้อมของข้อมูลที่สามารถนำมาใช้รายงานผลได้ทันที

ในบางสาระหมวด ได้แก่ สาระหมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสาระหมวดการอภิบาลระบบสุขภาพ ยังไม่สามารถกำหนดชุดตัวชี้วัด และตัวชี้วัดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ และยังไม่มีตัวชี้วัดที่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงหน่วยงานและแนวทางในการพัฒนาตัวชี้วัดในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยและการเก็บข้อมูลจากตัวชี้วัด เสนอแก่ สข. เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปดังนี้

1. กำหนดแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ในการจัดทำสถานการณ์การดำเนินการตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ แผนควรระบุความพร้อมของข้อมูลในแต่ละระยะ
2. จัดทำรายงานสถานการณ์การดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับแรก โดยนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดจากการเก็บข้อมูลฐานที่มีความพร้อม (Baseline data) ดังแสดงตามตารางที่ 7
3. ในสาระหมวดที่สถานะความพร้อมของข้อมูลยังไม่ชัดเจน ต้องมีการประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเพื่อกำหนดวิธีการวัดที่ชัดเจน และเริ่มเก็บข้อมูลตามระยะเวลา
4. ในสาระหมวดที่ยังไม่มีวิธีการเก็บที่ชัดเจน ต้องมีการสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด โดยเฉพาะตัวชี้วัดระบบอภิบาล (Good governance of health sector indicator) ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดหัวใจสำคัญของวัตถุประสงค์ธรรมนูญสุขภาพระดับชาติ และผลการศึกษาถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมระดับโลก เนื่องจากยังเป็นช่องว่างการวิจัยระดับโลก

ข้อเสนอแนะต่อร่างธรรมนูญสุขภาพในอนาคต

ให้คำนึงถึงเป้าหมายและความสำเร็จที่ต้องการบรรลุที่สามารถวัดผลได้ โดยเฉพาะการหนดประเด็นหรือตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับพันธสัญญา เพื่อให้สามารถเทียบเคียงกับสถานการณ์ระดับโลกได้

ตารางที่ 7 สรุปข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เปรียบเทียบในระดับโลกและระดับกลุ่มประเทศ

ตัวชี้วัด	ปี	ข้อมูล ระดับ โลก	กลุ่มประเทศตามภูมิภาค ขององค์การอนามัยโลก ²						กลุ่มประเทศตามระดับรายได้ ของธนาคารโลก ³				ประเทศ ไทย
			AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR	LI	LMI	UMI	HI	
สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ													
1. SDG 3.7.1 Proportion of women of reproductive age (aged 15–49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (%)	2019	76	56	83	71	77	61	87	58	65	78	82	89.2
2. SDG 3.8.1 Coverage of essential health services (index)	2015	64	44	78	55	73	53	75	40	54	74	80	75
3. SDG 3.8.2 Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income (>10%)	2010	11.7	10.3	11.1	12.8	7.0	9.5	14.8	8.1	12.4	13.8	7.2	3.4
4. SDG 3.b.1 Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme (MCV2 immunization coverage by the nationally recommended age (%))	2017	67	25	74	77	90	67	94	29	63	88	91	95

² https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/definition_regions/en/

³ <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

ตัวชี้วัด	ปี	ข้อมูล ระดับ โลก	กลุ่มประเทศตามภูมิภาค ขององค์การอนามัยโลก ²						กลุ่มประเทศตามระดับรายได้ ของธนาคารโลก ³				ประเทศ ไทย
			AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR	LI	LMI	UMI	HI	
5. SDG 4.2.1 Proportion of children under 5 years of age who are developmentally on track in health, learning and psychosocial well-being	2018	71.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91.1 ⁴ (2016)
การสร้างเสริมสุขภาพ													
6. SDG 3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population	2017	0.25	1.22	0.16	0.08	0.18	0.06	0.06	0.66	0.23	0.24	0.07	0.09 ⁵ (2018)
7. SDG 3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease (%)	2016	18.3	20.6	15.1	23.1	16.7	22.0	16.2	21.3	23.3	17.7	12.0	14.5
8. SDG 3.6.1 Death rate due to road traffic injuries (per 100,000 population)	2016	18.2	26.6	15.6	20.7	9.3	18.0	16.9	27.5	19.2		8.3	32.7
9. SDG 3.9.1 Mortality rate attributed to household and ambient air pollution (per 100,000 population)	2016	114.1	180.9	29.7	165.8	36.3	125.0	102.8	131.7			17.8	61.5
การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ													
10. SDG 3.d.1 International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness	2018	60	42	65	56	74	66	64	42	52	64	77	79

⁴ [https://www.unicef.org/thailand/media/201/file/Thailand%20MICS%202015-2016%20\(full%20report\).pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/201/file/Thailand%20MICS%202015-2016%20(full%20report).pdf)

⁵ <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/number-of-new-hiv-infections-per-1000-uninfected-population>

ตัวชี้วัด	ปี	ข้อมูลระดับโลก	กลุ่มประเทศตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ²						กลุ่มประเทศตามระดับรายได้ของธนาคารโลก ³				ประเทศไทย	
			AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR	LI	LMI	UMI	HI		
การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ														
11. ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.17
12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	2018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92.15
การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยฯ														
13. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23.29
14. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด (เรื่อง)	2018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ														
15. SDG 9.5.1 Research and development expenditure as a proportion of GDP	2016	1.68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.78
16. SDG 9.5.2 Researchers (in full-time equivalent) per million inhabitants	2016	1,163	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,210

ตัวชี้วัด	ปี	ข้อมูล ระดับ โลก	กลุ่มประเทศตามภูมิภาค ขององค์การอนามัยโลก ²						กลุ่มประเทศตามระดับรายได้ ของธนาคารโลก ³				ประเทศ ไทย	
			AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR	LI	LMI	UMI	HI		
การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ														
17. จำนวนของ Fake news ที่ถูกระงับและตรวจจับ	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67 ⁶
การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ														
18. SDG 3.c.1 Health worker density and distribution (density of medical doctors per 10,000 population)	2017	15.1	2.8	23.3	7.4	33.8	9.9	18.0	3.1	7.5	19.4	30.4	8.1	
การเงินการคลังด้านสุขภาพ														
19. วิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis: FIA) (แสดงเป็นค่า Kakwani index)	2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.052 ⁷

⁶ จำนวน Fake news ในหมวดผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เผยแพร่ในสื่อออนไลน์ จากการรวบรวมของ เว็บไซต์ Anti Fake News Centre (<https://www.antifakenewscenter.com/>)

⁷ ค่าดัชนี Kakwani (รายได้) โดยมีลักษณะก้าวหน้า (Progressive)

ตัวชี้วัด	ปี	ข้อมูลระดับโลก	กลุ่มประเทศตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ²						กลุ่มประเทศตามระดับรายได้ของธนาคารโลก ³				ประเทศไทย
			AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR	LI	LMI	UMI	HI	
20. วิเคราะห์การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ (Benefit incidence analysis: BIA) (แสดงเป็นค่า Concentration index: CI) ⁸	2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.048 (ผู้ป่วยนอก ⁹) -0.0626 (ผู้ป่วยใน ¹⁰)
สุขภาพจิต													
21. SDG 3.4.2 Suicide mortality rate (per 100,000 population)	2016	10.6	7.4	9.8	13.2	15.4	3.9	10.2	6.8	10.6	10.0	14.3	14.4
22. ระดับสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย (คะแนน)	2015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.44 ¹¹

⁸ ดัชนี concentration index ซึ่งจะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง 1 ในกรณีที่ค่าเป็นลบ แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกระจุกตัวอยู่ที่คนจน คือ คนจนจ่ายมากกว่าคนรวยน้อย ในทางตรงกันข้ามถ้าค่าเป็นบวก แสดงว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้น ๆ กระจุกตัวอยู่ที่คนรวย หรือ คนรวยจ่าย มากกว่าคนจน

⁹ การได้รับเงินอุดหนุนในกรณีผู้ป่วยนอก มีลักษณะเอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มคนยากจน (pro-poor) โดยค่า CI ติดลบ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้มีฐานะยากจนได้รับการอุดหนุนจากรัฐในกรณีผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้ที่มีฐานะร่ำรวยเล็กน้อย

¹⁰ การอุดหนุนการใช้บริการผู้ป่วยในมีลักษณะให้ประโยชน์ต่อคนจนมากกว่า

¹¹ เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนอายุ 15 ปีขึ้นไป คือ 27.01-34.00 คะแนน

ตัวชี้วัด	ปี	ข้อมูล ระดับ โลก	กลุ่มประเทศตามภูมิภาค ขององค์การอนามัยโลก ²						กลุ่มประเทศตามระดับรายได้ ของธนาคารโลก ³				ประเทศ ไทย	
			AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR	LI	LMI	UMI	HI		
สุขภาพทางปัญญา														
23. ระดับความสุขของประเทศไทย (คะแนนเต็ม 8)	2016- 2018	-	-	-	-	-	-	-	-	4.286 12	4.36 13	6.30 14	7.769 15	6.008
ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่														
24. จำนวนตำบลที่มีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่และประเด็น	2008- 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	886

¹² ตัวแทนประเทศรายได้ต่ำ ประเทศเอธิโอเปีย

¹³ ตัวแทนประเทศรายได้ปานกลางระดับต่ำ ประเทศเมียนมาร์

¹⁴ ตัวแทนประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง ประเทศบราซิล

¹⁵ ตัวแทนประเทศรายได้สูง ประเทศฟินแลนด์

ภาคผนวก
รายละเอียดชุดตัวชี้วัด และตัวชี้วัดตามสาระหมวด
เฉพาะตัวชี้วัดที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 1 SDG 3.7.1: Proportion of women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่)
Metric	Proportion of women of reproductive age who have their need for family planning satisfied with modern methods
คำนิยาม	The percentage of women of reproductive age (15-49 years) who desire either to have no (additional) children or to postpone the next child and who are currently using a modern contraceptive method.
วิธีคำนวณ	The numerator is the percentage of women of reproductive age (15-49 years old) who are currently using, or whose sexual partner is currently using, at least one modern contraceptive method. The denominator is the total demand for family planning (the sum of contraceptive prevalence (any method) and the unmet need for family planning). Estimates are with respect to women who are married or in a union. $\text{Demand satisfied by modern methods} = \frac{\text{Number of women who are currently using a modern method of contraception}}{\text{Number of women who are using any method of contraception or are having an unmet need for family planning}}$
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานสถิติแห่งชาติ เก็บข้อมูลการวางแผนครอบครัวและมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง ในการสำรวจ MICs และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019
คำอธิบายเพิ่มเติม	มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสมอนามัยเจริญพันธุ์ ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 2 SDG 3.8.1: Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population) (ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วย อนามัยเจริญพันธุ์ มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส))
Metric	Coverage of essential health services
คำนิยาม	Coverage of essential health services defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population.
วิธีคำนวณ	<p>The 14 tracer indicators are first all placed on the same scale, with 0 being the lowest value and 100 being the optimal value. For most indicators, this scale is the natural scale of measurement, e.g., the percentage of infants who have been immunized ranges from 0 to 100 percent. However, for a few indicators additional rescaling is required to obtain appropriate values from 0 to 100, as follows:</p> <p>Rescaling based on a non-zero minimum to obtain finer resolution (this “stretches” the distribution across countries): prevalence of non-raised blood pressure and prevalence of non-use of tobacco are both rescaled using a minimum value of 50%.</p> $\text{rescaled value} = (X-50)/(100-50)*100$ <p>Rescaling for a continuous measure: mean fasting plasma glucose, which is a continuous measure (units of mmol/L), is converted to a scale of 0 to 100 using the minimum theoretical biological risk (5.1 mmol/L) and observed maximum across countries (7.1 mmol/L).</p> $\text{rescaled value} = (7.1 - \text{original value})/(7.1-5.1)*100$ <p>Maximum thresholds for rate indicators: hospital bed density and health workforce density are both capped at maximum thresholds, and values above this threshold are held constant at 100. These thresholds are based on minimum values observed across OECD countries.</p> $\text{rescaled hospital beds per 10,000} = \text{minimum} (100, \text{original value} / 18*100)$ $\text{rescaled physicians per 1,000} = \text{minimum} (100, \text{original value} / 0.9*100)$ $\text{rescaled psychiatrists per 100,000} = \text{minimum} (100, \text{original value} / 1*100)$ $\text{rescaled surgeons per 100,000} = \text{minimum} (100, \text{original value} / 14*100)$ <p>Once all tracer indicator values are on a scale of 0 to 100, geometric means are computed within each of the four health service areas, and then a geometric mean is taken of those four values. If the value of a tracer indicator happens to be zero, it is set to 1 (out of 100) before computing the geometric mean.</p>

สาระหมวด	4.1 ลิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวบรวมข้อมูล และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019
คำอธิบายเพิ่มเติม	มีเป้าประสงค์บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ในราคาที่สมารถซื้อหาได้
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Metadata.pdf 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 3 SDG 3.8.2 Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income (ร้อยละของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน)
Metric	Proportion of the population with large household expenditure on health as a share of total household expenditure or income.
คำนิยาม	“Proportion of the population with large household expenditure on health as a share of total household expenditure or income”. In effect it is based on a ratio exceeding a threshold. The two main concepts of interest behind this ratio are household expenditure on health (numerator) and total household consumption expenditure or, when unavailable, income (denominator). Two thresholds are used to define “large household expenditure on health”: greater than 10% and greater than 25% of total household expenditure or income.
วิธีคำนวณ	Population weighted average number of people with large household expenditure on health as a share of total household expenditure or income (e.g. greater than 25%) $\frac{\sum_i m_i \omega_i 1\left(\frac{\text{health expenditure of the household } i}{\text{total expenditure of the household } i} > \tau\right)}{\sum_i m_i \omega_i}$ <p>where i denotes a household, $1()$ is the indicator function that takes on the value 1 if the bracketed expression is true, and 0 otherwise, m_i corresponds to the number of household members of i, ω_i corresponds to the sampling weight of household i, τ is a threshold identifying large household expenditure on health as a share of total household consumption or income (i.e. 10% and 25%).</p> <p>Household health expenditure and household expenditure or income are defined as explained in the “concept” section. For more information about the methodology please refer to Wagstaff et al (2018) and chapter 2 in the WHO and World Bank 2017 report on tracking universal health coverage.</p>
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวบรวมข้อมูล และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019
คำอธิบายเพิ่มเติม	มีเป้าประสงค์เพื่อบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึง การบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ในราคาที่สามารถซื้อหาได้
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Metadata.pdf 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สารระหมวด	4.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 4 SDG 3.b.1 Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme (ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุในแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ)
Metric	Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme
คำนิยาม	Coverage of DTP containing vaccine (3 rd dose): Percentage of surviving infants who received the 3 doses of diphtheria and tetanus toxoid with pertussis containing vaccine in a given year. Coverage of Measles containing vaccine (2 nd dose): Percentage of children who received two dose of measles containing vaccine according to nationally recommended schedule through routine immunization services in a given year. Coverage of Pneumococcal conjugate vaccine (last dose in the schedule): Percentage of surviving infants who received the nationally recommended doses of pneumococcal conjugate vaccine in a given year. Coverage of HPV vaccine (last dose in the schedule): Percentage of 15 years old girls received the recommended doses of HPV vaccine.
วิธีคำนวณ	WHO and UNICEF jointly developed a methodology to estimate national immunization coverage form selected vaccines in 2000. The methodology has been refined and reviewed by expert committees over time. The methodology was published and reference is available under the reference section. Estimates time series for WHO recommended vaccines produced and published annually since 2001. The methodology uses data reported by national authorities from countries administrative systems as well as data from immunization or multi indicator household surveys
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวบรวมข้อมูล และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019
คำอธิบายเพิ่มเติม	มีเป้าประสงค์สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโดฮาความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้ข้อยกเว้นในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-0b-01.pdf 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	2) Health and well-being ของประชากร
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 5 SDG 4.2.1 Proportion of children under 5 years of age who are developmentally on track in health, learning and psychosocial well-being, by sex (ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ตามวัย จำแนกตามเพศ)
Metric	Proportion of children under 5 years of age who are developmentally on track in health, learning and psychosocial well-being
คำนิยาม	The proportion of children under 5 years of age who are developmentally on track in health, learning and psychosocial well-being is currently being measured by the percentage of children aged 36-59 months who are developmentally on-track in at least three of the following four domains: literacy-numeracy, physical, socio-emotional and learning.
วิธีคำนวณ	The number of children under the age of five who are developmentally on track in health, learning and psychosocial well-being divided by the total number of children under the age of five in the population multiplied by 100. Proxy indicator: The number of children aged 36-59 months who are developmentally on-track in at least three of the following four domains: literacy-numeracy, physical, social-emotional and learning divided by the total number of children aged 36-59 months in the population multiplied by 100.
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ เก็บข้อมูลในการสำรวจ MICs และมีการระบุถึงตัวชี้วัดในรายงานการสังเคราะห์ตัวชี้วัดด้านการศึกษาไทย ตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ.2560 ของกระทรวงศึกษาธิการ
คำอธิบายเพิ่มเติม	มีเป้าประสงค์สร้างหลักประกันว่าเด็กชายและเด็กหญิงทุกคนเข้าถึงการพัฒนา การดูแล และการจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา สำหรับเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ ภายในปี 2573 เพื่อให้เด็กเหล่านั้นมีความพร้อมสำหรับการศึกษาระดับประถมศึกษา
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-04-02-01.pdf 2. รายงานการสังเคราะห์ตัวชี้วัดด้านการศึกษาไทย ตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ.2560 http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1553-file.pdf 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	3) สถานะสุขภาพของคนไทย
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 6 SDG 3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations (จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และ ประชากรหลัก))
Metric	Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations
คำนิยาม	The number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations as defined as the number of new HIV infections per 1000 person-years among the uninfected population.
วิธีคำนวณ	Longitudinal data on individuals are the best source of data but are rarely available for large populations. Special diagnostic tests in surveys or from health facilities can be used to obtain data on HIV incidence. HIV incidence is thus modelled using the Spectrum software.
แหล่งข้อมูล	กรมควบคุมโรค มีข้อมูลและรายงานผลในรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย และมีการรายงานผลใน UNAIDS website
คำอธิบายเพิ่มเติม	มีเป้าประสงค์เพื่อยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกล็น และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-03-01.pdf 2. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย http://www.boe.moph.go.th/aids/Downloads/book/2560/13732_HIV_2560_for%20web.pdf 3. รายงานผลใน UNAIDS website https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand 4. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	3) สถานะสุขภาพของคนไทย
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 7 SDG 3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease (อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง)
Metric	Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease
คำนิยาม	Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease. Probability of dying between the ages of 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases, defined as the per cent of 30-year-old-people who would die before their 70th birthday from cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease, assuming that s/he would experience current mortality rates at every age and s/he would not die from any other cause of death (e.g., injuries or HIV/AIDS). This indicator is calculated using life table methods.
วิธีคำนวณ	<p>There are 4 steps involved in the calculation of this indicator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimation of WHO life tables, based on the UN World Population Prospects 2012 revision. 2. Estimation of cause-of-death distributions. 3. Calculation of age-specific mortality rates from the four main NCDs for each five-year age range between 30 and 70. 4. Calculation of the probability of dying between the ages of 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases. <p>The methods used for the analysis of causes of death depend on the type of data available from countries:</p> <p>For countries with a high-quality vital registration system including information on cause of death, the vital registration that member states submit to the WHO Mortality Database were used, with adjustments where necessary, e.g. for under-reporting of deaths.</p> <p>For countries without high-quality death registration data, cause of death estimates are calculated using other data, including household surveys with verbal autopsy, sample or sentinel registration systems, special studies and surveillance systems. In most cases, these data sources are combined in a modelling framework.</p> <p>The probability of dying between ages 30 and 70 years from the four main NCDs was estimated using age-specific death rates of the combined four main NCD categories. Using the life table method, the risk of death between the exact ages of 30 and 70, from any of the four causes and in the absence of other causes of death, was calculated using the equation below. The ICD codes used are: Cardiovascular disease: I00-I99, Cancer: C00-C97, Diabetes: E10-E14, and Chronic respiratory disease: J30-J98</p> <p>Formulas to (1) calculate age-specific mortality rate for each five-year age group between 30 and 70, (2) translate the 5-year death rate into the probability of death in each 5-year age</p>

สาระหมวด	4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ
	range, and (3) calculate the probability of death from age 30 to age 70, independent of other causes of death.
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลอัตราการตายรายโรค และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019 (Assessed by using the probability of dying from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, chronic respiratory diseases between age 30 and exact age 70)
คำอธิบายเพิ่มเติม	เป้าประสงค์เพื่อลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-04-01.pdf 2. ข้อมูลตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข <ol style="list-style-type: none"> 2.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1070 2.2 อัตราตายจากมะเร็งปอด http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=788 3. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 4. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	3) สถานะสุขภาพของคนไทย
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 8 SDG 3.6.1 Death rate due to road traffic injuries (อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน)
Metric	จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
คำนิยาม	การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากการบาดเจ็บจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากการบาดเจ็บทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2559 ในรอบ 9 เดือนหรือสิ้นสุดไตรมาส 3 พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 15 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดหมายว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4 อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน
วิธีคำนวณ	(จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด/จำนวนประชากรกลางปี)*100,000 คน โดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน
แหล่งข้อมูล	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ประมวลผลและรวบรวมข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019 (Assessed by using road traffic mortality rate (per 100,000 population))
คำอธิบายเพิ่มเติม	เป้าประสงค์เพื่อลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=758 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	3) สถานะสุขภาพของคนไทย
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 9 SDG 3.9.1 Mortality rate attributed to household and ambient air pollution (อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป)
Metric	Mortality rate attributed to household and ambient air pollution
คำนิยาม	The mortality attributable to the joint effects of household and ambient air pollution can be expressed as: Number of deaths, Death rate. Death rates are calculated by dividing the number of deaths by the total population (or indicated if a different population group is used, e.g. children under 5 years). Evidence from epidemiological studies have shown that exposure to air pollution is linked, among others, to the important diseases taken into account in this estimate: - Acute respiratory infections in young children (estimated under 5 years of age); - Cerebrovascular diseases (stroke) in adults (estimated above 25 years); - Ischaemic heart diseases (IHD) in adults (estimated above 25 years); - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in adults (estimated above 25 years); and - Lung cancer in adults (estimated above 25 years).
วิธีคำนวณ	The mortality associated with household and ambient air pollution was estimated based on the calculation of the joint population attributable fractions assuming independently distributed exposures and independent hazards as described in (Ezzati et al, 2003). The joint population attributable fraction (PAF) were calculated using the following formula: $PAF = 1 - \text{PRODUCT}(1 - PAF_i)$ where PAF_i is PAF of individual risk factors. The PAF for ambient air pollution and the PAF for household air pollution were assessed separately, based on the Comparative Risk Assessment (Ezzati et al, 2002) and expert groups for the Global Burden of Disease (GBD) 2010 study (Lim et al, 2012; Smith et al, 2014). For exposure to ambient air pollution, annual mean estimates of particulate matter of a diameter of less than 2.5 μm (PM _{2.5}) were modelled as described in (WHO 2016, forthcoming), or for Indicator 11.6.2. For exposure to household air pollution, the proportion of population with primary reliance on polluting fuels use for cooking was modelled (see Indicator 7.1.2 [polluting fuels use=1-clean fuels use]). Details on the model are published in (Bonjour et al, 2013). The integrated exposure-response functions (IER) developed for the GBD 2010 (Burnett et al, 2014) and further updated for the GBD 2013 study (Forouzanfar et al, 2015) were used. The percentage of the population exposed to a specific risk factor (here ambient air pollution, i.e. PM _{2.5}) was provided by country and by increment of 1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; relative risks were calculated for each PM _{2.5} increment, based on the IER. The counterfactual concentration was selected to be between 5.6 and 8.8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, as described elsewhere (Ezzati et al, 2002; Lim et al, 2012). The country population attributable fraction for ALRI, COPD, IHD, stroke and lung cancer were calculated using the following formula: $PAF = \text{SUM}(P_i(RR_i - 1)) / (\text{SUM}(RR_i - 1) + 1)$

สาระหมวด	4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ
	where i is the level of PM2.5 in $\mu\text{g}/\text{m}^3$, and P_i is the percentage of the population exposed to that level of air pollution, and RR is the relative risk.
แหล่งข้อมูล	มีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019 Assessed by using Age-standardized mortality rate attributed to household and ambient air pollution (per 100,000 population)
คำอธิบายเพิ่มเติม	เป้าประสงค์เพื่อลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี 2573
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-09-01.pdf 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.3 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	4) ศักยภาพในการจัดการปัจจัยคุกคามและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทย
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 10 SDG 3.d.1 International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness (ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ)
Metric	International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness
คำนิยาม	Percentage of attributes of 13 core capacities that have been attained at a specific point in time. The 13 core capacities are: (1) National legislation, policy and financing; (2) Coordination and National Focal Point communications; (3) Surveillance; (4) Response; (5) Preparedness; (6) Risk communication; (7) Human resources; (8) Laboratory; (9) Points of entry; (10) Zoonotic events; (11) Food safety; (12) Chemical events; (13) Radionuclear emergencies.
วิธีคำนวณ	(Number of 'yes' to level 1 and 2 questions) / (Total number of level 1 and 2 questions) per core capacity
แหล่งข้อมูล	กรมควบคุมโรค จัดทำรายงานประจำปี ผลการประเมินตนเองของรัฐภาคี ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool) และมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report ปี 2019 โดยการประเมิน the average of 13 International Health Regulations core capacity scores
คำอธิบายเพิ่มเติม	กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 (International Health Regulations 2005) ชื่อย่อว่า IHR เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันควบคุมโรคที่อาจมีผลกระทบต่อการเดินทางและการค้าขายระหว่างประเทศ ซึ่งได้กำหนดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern หรือ PHEIC) หมายถึงเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อประเทศอื่นๆ จากการแพร่ระบาดของระหว่างประเทศและต้องอาศัยความร่วมมือจากนานาประเทศในการรับมือกับเหตุการณ์นั้น มีเป้าประสงค์ใน SDGs เพื่อเสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-0D-01.pdf 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2Lv0B
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.4 การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ
ชุดตัวชี้วัด	5) การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
Metric	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานในแต่ละจังหวัด
คำนิยาม	<p>ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงซึ่งของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ซึ่งในที่นี้เรียกว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน และได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ประชากรเป้าหมายปี 2560 = 1,500,000 ราย ประชากรเป้าหมายปี 2561 = 1,550,000 ราย ประชากรเป้าหมายปี 2562 = 1,600,000 ราย ประชากรเป้าหมายปี 2563 = 1,650,000 ราย ประชากรเป้าหมายปี 2564 = 1,700,000 ราย</p>
วิธีคำนวณ	<p>คำนวณร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p> $\left(\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานในแต่ละจังหวัดที่บันทึกในระบบ ITEMS}}{\text{จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นเป้าหมาย}} \right) \times 100$
แหล่งข้อมูล	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ประมวลผลจากข้อมูลบันทึกผลการปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ของแต่ละจังหวัด และจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	<p>วิธีการวัดตัวชี้วัด</p> <p>http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=88</p>
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.4 การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ
ชุดตัวชี้วัด	6) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life care)
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
Metric	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
คำนิยาม	<p>การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น</p> <p>ผู้ป่วย Palliative รายใหม่ในปี หมายถึงผู้ป่วยในปีที่คำนวณ ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นๆ พบว่าต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (หน่วยนับเป็นคน)</p> <p>หมายเหตุ วิธีนับ การได้รับการดูแลตามแนวทาง ในข้อ 1.1 ให้ประเมินจาก ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวได้รับข้อมูลระยะของโรค และ/หรือ ได้รับการเตรียมและส่งต่อกลับชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นอย่างน้อย (การเก็บข้อมูลนับจำนวนคน ที่เป็นรายใหม่ในปี)</p> <p>กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ผู้ป่วยระยะท้าย เช่น โรคมะเร็ง, Neurological Disease /Stroke, โรคไตในระบะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต, Pulmonary and Heart Disease, Multiple Trauma Patient, Infectious Disease HIV/AIDS, Pediatric, Aging /Dementia</p> <p>โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care (หรือตามแนวทางการรักษาของหน่วยงานนั้น) เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) \leq ร้อยละ 50 หรือ ECOG \geq 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 4. Terminal Delirium 5. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin $<$ 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง 6. Persistent Hypercalcemia 7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล
วิธีคำนวณ	$\left(\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ}} \right) \times 100$ <p>หมายเหตุ: รายละเอียดของระดับ รพ. A, S, M, F สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=778</p>

สาระหมวด	4.4 การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ
แหล่งข้อมูล	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ และคณะกรรมการ Service Plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ของเขตบริการสุขภาพ ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	วิธีการวัดตัวชี้วัด http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=778
ความพร้อมของ ข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.5 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น
ชุดตัวชี้วัด	7) ระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Metric	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ การทำหัตถการ การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลังสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข
วิธีคำนวณ	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คำนวณโดย $\frac{\text{จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A - Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U77 หรือ U77x)}}{\text{จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 - U76 และ U78 - U79 การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 การให้หัตถการ (900 - 77 - 00 ถึง 900 - 78 - 88) หัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900 - 79 - 00 ถึง 900 - 79 - 99) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส Z}} \times 100$ <p>โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข</p>
แหล่งข้อมูล	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	วิธีการวัดตัวชี้วัด http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1400
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.5 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น
ชุดตัวชี้วัด	7) ระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 14 จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด
Metric	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/ การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้ จจริงทางการแพทย์และการตลาด
คำนิยาม	งานวิจัยสมุนไพร งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับ การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นทะเบียนได้ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้
วิธีคำนวณ	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด 10 เรื่องต่อปี (งานวิจัย)
แหล่งข้อมูล	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประมวลผลและจัดทำข้อมูล เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	วิธีการวัดตัวชี้วัด http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=810
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.7 การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	8) การพัฒนาและการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 15 SDG 9.5.1 Research and development expenditure as a proportion of GDP (ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP)
Metric	ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP
คำนิยาม	Research and development (R&D) expenditure as a proportion of Gross Domestic Product (GDP) is the amount of R&D expenditure divided by the total output of the economy.
วิธีคำนวณ	Computation of the indicator Research and development (R&D) expenditure as a proportion of Gross Domestic Product (GDP) is self-explanatory, using readily available GDP data as denominator.
แหล่งข้อมูล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) จัดเก็บข้อมูล และมีรายงานผลในรายงานศักยภาพวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของประเทศไทย (สวทน.)
คำอธิบายเพิ่มเติม	เป้าประสงค์เพื่อเพิ่มพูนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ยกกระดับขีดความสามารถทางเทคโนโลยีของภาคอุตสาหกรรม ในทุกประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และให้ภายในปี 2573 มีการส่งเสริมนวัตกรรมและให้เพิ่มจำนวนผู้ทำงานวิจัยและพัฒนา ต่อประชากร 1 ล้านคน และค่าใช้จ่ายในภาคสาธารณะและเอกชนในการวิจัยและพัฒนา ให้เพิ่มมากขึ้น
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-09-05-01.pdf 2. รายงานศักยภาพวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของประเทศไทย (สวทน.) http://stiic.sti.or.th/wp-content/uploads/2017/01/scitech59.pdf
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.7 การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	8) การพัฒนาและการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 16 SDG 9.5.2 Researchers (in full-time equivalent) per million inhabitants (สัดส่วนนักวิจัย (เทียบเป็นการทำงานเต็มเวลา) ต่อประชากร 1,000,000 คน)
Metric	สัดส่วนนักวิจัย (เทียบเป็นการทำงานเต็มเวลา) ต่อประชากร 1,000,000 คน
คำนิยาม	The researchers (in full-time equivalent) per million inhabitants is a direct measure of the number of research and development workers per 1 million people.
วิธีคำนวณ	Computation of the indicator Researchers (in full-time equivalent) per million inhabitants uses available population data as denominator.
แหล่งข้อมูล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) จัดเก็บข้อมูล และมีรายงานผลในรายงานศักยภาพวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของประเทศไทย (สวทน.)
คำอธิบายเพิ่มเติม	เป้าประสงค์เพื่อเพิ่มพูนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ยกกระตือรือร้นขีดความสามารถทางเทคโนโลยีของภาคอุตสาหกรรม ในทุกประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และให้ภายในปี 2573 มีการส่งเสริมนวัตกรรมและให้เพิ่มจำนวนผู้ทำงานวิจัยและพัฒนา ต่อประชากร 1 ล้านคน และการใช้จ่ายในภาคสาธารณะและเอกชนในการวิจัยและพัฒนา ให้เพิ่มมากขึ้น
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-09-05-02.pdf 2. รายงานศักยภาพวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของประเทศไทย (สวทน.) http://stiic.sti.or.th/wp-content/uploads/2017/01/scitech59.pdf
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.8 การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	9) Anti-Fake News System
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนของ Fake news ที่ถูกระงับและตรวจจับ
Metric	ผลการเฝ้าระวัง Surveillance of Fake news ในด้านสุขภาพ และการดำเนินการระงับการตรวจจับ fake news
คำนิยาม	หลักเกณฑ์การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลของศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาข่าวปลอมที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ดังนี้ 1. ข่าวปลอมที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินต่อประชาชนโดยตรง เช่น โรคระบาด ภัยพิบัติ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม 2. ข่าวปลอมที่สร้างความแตกแยกในสังคม 3. ข่าวปลอมที่สร้างความเชื่อที่ผิดต่อสังคม เช่น น้ำมะนาวรักษามะเร็ง 4. ข่าวปลอมที่ทำลายภาพลักษณ์ต่อประเทศ
วิธีคำนวณ	รวบรวมจำนวนข่าวปลอมในด้านสุขภาพ จากเว็บไซต์และ Facebook Anti Fake News Centre
แหล่งข้อมูล	กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม มีเว็บไซต์และ Facebook Anti Fake News Centre โดยรวบรวมข้อมูล ข่าวปลอมที่เกิดขึ้นในประเทศ
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	1. เว็บไซต์ Anti Fake News Centre https://www.antifakenewscenter.com/ 2. Facebook Anti Fake News Centre https://www.facebook.com/AntiFakeNewsCenter/
ความพร้อมของ ข้อมูล	รวบรวมข้อมูลเท่าที่สามารถรวบรวมได้

สาระหมวด	4.9 การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	10) การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 18 SDG 3.c.1 Health worker density and distribution (ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข)
Metric	Density and distribution of health worker
คำนิยาม	<p>Density of medical doctors: The density of medical doctors is defined as the number of medical doctors, including generalists and specialist medical practitioners per 10,000 population in the given national and/or subnational area. The International Standard Classification of Occupations (ISCO) unit group codes included in this category are 221, 2211 and 2212 of ISCO-08.</p> <p>Density of nursing and midwifery personnel: The density of nursing and midwifery personnel is defined as the number of nursing and midwifery personnel per 10,000 population in the given national and/or subnational area. The ISCO-08 codes included in this category are 2221, 2222, 3221 and 3222.</p> <p>Density of dentists: The density of dentists is defined as the number of dentists per 10,000 population in the given national and/or subnational area. The ISCO-08 codes included in this category are 2261.</p> <p>Density of pharmacists: The density of pharmacists is defined as the number of pharmacists per 10,000 population in the given national and/or subnational area. The ISCO-08 codes included in this category are 2262.</p>
วิธีคำนวณ	<p>The figures for number of medical doctors (including generalist and specialist medical practitioners) depending on the nature of the original data source may include practising medical doctors only or all registered medical doctors.</p> <p>The figures for number of nursing and midwifery include nursing personnel and midwifery personnel, whenever available. In many countries, nurses trained with midwifery skills are counted and reported as nurses. This makes the distinction between nursing personnel and midwifery personnel difficult to draw.</p> <p>The figures for number of dentists include dentists in the given national and/or subnational area. Depending on the nature of the original data source may include practising (active) only or all registered in the health occupation. The ISCO -08 codes included here are 2261.</p> <p>The figures for number of pharmacists include in the given national and/or subnational area. Depending on the nature of the original data source may include practising (active) only or all registered in the health occupation. The ISCO -08 codes that relate to this occupation is 2262.</p> <p>In general, the denominator data for workforce density (i.e. national population estimates) are obtained from the United Nations Population Division's World Population Prospects database. In cases where the official health workforce report provides density indicators instead of counts, estimates of the stock were then calculated using the population estimated from the United Nations Population Division's World population prospects database (2017).</p>
แหล่งข้อมูล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูล และมีการรายงานใน World Health Statistics ประเมินโดยใช้ความหนาแน่นของแพทย์ ผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ต่อประชากร 10,000 คน

สาระหมวด	4.9 การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
คำอธิบายเพิ่มเติม	ความหนาแน่นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 5-10 เท่า การขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ถึงแม้จะมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิในชนบท แต่อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นที่จะต้องมีแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพอื่นในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบุคลากรระดับวิชาชีพ (ข้อมูลจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ)
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> 1. วิธีการวัดตัวชี้วัด https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-0C-01.pdf 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.10 การเงินการคลังด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	11) ระบบติดตามการเงินการคลังด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 19 วิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis: FIA)
Metric	ผลการวิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis: FIA)
คำนิยาม	ความเสมอภาคหรือความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพสามารถวัดได้โดยเปรียบเทียบรายจ่ายที่ใช้สำหรับบริการด้านสุขภาพกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล การคลังที่มีลักษณะพึงประสงค์ในทางความเป็นธรรม คือ การคลังที่มีลักษณะก้าวหน้า (progressivity) หรือ กล่าวได้ว่า การที่คนรวยมีค่าการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละคน ในทางตรงกันข้ามลักษณะที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่มีความเป็นธรรม ก็คือ การคลังที่มีลักษณะถดถอย ซึ่งคนรวยจะมีการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่ต่ำกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่ายนั่นเอง
วิธีคำนวณ	ใช้ดัชนีคักวานี (Kakwani index) ในการวิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ โดยดัชนีคักวานีมีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง 1 ค่าดัชนีคักวานีเป็นบวกหมายถึงการคลังสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้า คนรวยมีการจ่ายมากกว่าคนจนเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่าย ค่าเป็นลบ หมายถึง การคลังสุขภาพมีลักษณะถดถอย คนจนมีการจ่ายมากกว่าคนรวยเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่าย
แหล่งข้อมูล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลการศึกษาการวิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (Financial incidence analysis: FIA) http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/424/chapter1.pdf
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.10 การเงินการคลังด้านสุขภาพ
ชุดตัวชี้วัด	11) ระบบติดตามการเงินการคลังด้านสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 20 วิเคราะห์การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ (Benefit incidence analysis: BIA)
Metric	ผลการวัดการได้รับประโยชน์หรือการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ
คำนิยาม	การวัดการได้รับประโยชน์หรือการอุดหนุนจากรัฐ (Benefit incidence analysis) เป็นวิธีการวัดที่จะพยายามตอบคำถามว่า คนจนหรือคนรายได้น้อยได้ประโยชน์จากบริการทางด้านสุขภาพของรัฐมากกว่ากัน ในบริบทของหลายๆประเทศรวมทั้งประเทศไทย สถานพยาบาลของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการจึงอาจถือได้ว่าค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพเหล่านั้นเป็นผลประโยชน์ที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ
วิธีคำนวณ	การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากเงินอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐ หรือ Benefit incidence analysis สามารถแบ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ได้ดังนี้ (1) จำแนกประชากรเป็นกลุ่มตามเศรษฐกิจฐานะ โดยใช้ ดัชนีทรัพย์สิน (asset index) ของแต่ละครัวเรือนเป็น 5 กลุ่ม (quintile group) จากจนที่สุด จน ปานกลาง เศรษฐฐานะดี และดีที่สุด (2) แจกแจงการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชากรทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ (utilization) (3) นำข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่ภาครัฐสนับสนุนในการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลต่างๆ มาใช้ในการคำนวณ (4) เปรียบเทียบปริมาณและสัดส่วนของทรัพยากรสุขภาพที่ประชากรได้รับจากรัฐตามระดับเศรษฐกิจฐานะ โดยใช้ concentration curve ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกับสัดส่วนครัวเรือนที่เรียงตามลำดับจากจนที่สุดถึงรวยที่สุด ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่บนเส้นแห่งความเป็นธรรม (equity line) ซึ่งเป็นเส้นทแยงมุม 45 องศา ระหว่างแกนนอนที่แทนจำนวนสะสมของครัวเรือนที่เรียงลำดับตามเศรษฐกิจฐานะ และแกนตั้งที่แทนปริมาณสะสมของการอุดหนุนจากรัฐ และดัชนี concentration index (CI) ซึ่งมีค่าเป็นสองเท่าของพื้นที่ระหว่างเส้นความเป็นธรรมกับ concentration curve โดยมีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 ดัชนีทรัพย์สิน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลการศึกษาการวิเคราะห์การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ (Benefit incidence analysis: BIA) http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/424/chapter1.pdf
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.11 สุขภาพจิต
ชุดตัวชี้วัด	12) การพัฒนาสุขภาพจิต
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 21 SDG 3.4.2 Suicide mortality rate (อัตราการฆ่าตัวตาย)
Metric	อัตราการฆ่าตัวตาย
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ
วิธีคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}} \times 100,000$ โดยมีค่าเป้าหมายที่ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.3 ต่อประชากรแสนคน
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และรายงานใน World Health Statistics
คำอธิบายเพิ่มเติม	เป้าประสงค์เพื่อลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573
เอกสารอ้างอิง	1. วิธีการวัดตัวชี้วัด http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1167 2. รายงานข้อมูล World Health Statistics Report 2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1 3. ข้อมูลสถานะตัวชี้วัด https://bit.ly/2v2LvoB
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.11 สุขภาพจิต
ชุดตัวชี้วัด	12) การพัฒนาสุขภาพจิต
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 22 ระดับสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย
Metric	คะแนนสุขภาพจิตของคนไทย
คำนิยาม	<p>สุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกนิยามสุขภาพจิต หมายถึงสภาวะ (State of well-being) ซึ่งบุคคลเข้าถึงศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการปัญหาและความเครียดในชีวิตประจำวัน ทำงานอย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ สามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ชุมชนของตนเองได้</p> <p>สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้กำหนดนิยามสุขภาพจิต หมายถึง “สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป”</p> <p>สำหรับองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน สามารถจำแนกได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สภาพจิตใจ (6 ข้อ 18 คะแนน) หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและความเจ็บป่วยทางจิตสามารถแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบย่อยคือ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ความรู้สึกที่ดี (3 ข้อ 9 คะแนน) ประกอบด้วยความรู้สึกพึงพอใจ สบายใจ ภูมิใจ 1.2 การมีความรู้สึกที่ไม่ดี (3 ข้อ 9 คะแนน) ประกอบด้วยความรู้สึกผิดหวัง มีทุกข์ เบื่อหน่าย ซึ่งในการวิเคราะห์องค์ประกอบนี้ได้มีการแปลงรหัสคำตอบแล้ว กล่าวคือ หากมีความรู้สึกไม่ดี มากที่สุดจะได้ 0 คะแนน ขณะที่ไม่มีความรู้สึกไม่ดีเลยจะได้ 3 คะแนน 2. สมรรถภาพของจิตใจ (3 ข้อ 9 คะแนน) หมายถึงความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข 3. คุณภาพของจิตใจ (3 ข้อ 9 คะแนน) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียสละความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม 4. ปัจจัยสนับสนุน (3 ข้อ 9 คะแนน) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
วิธีคำนวณ	ใช้การคำนวณตามการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย และ Thai Mental Health Indicator – 15 (TMHI – 15)
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น https://www.dmh.go.th/test/download/files/TMHI15_thai.pdf 2. รายงานการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย/2558/6.%20รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.12 สุขภาพทางปัญญา
ชุดตัวชี้วัด	13) สุขภาพทางปัญญาของคนไทย
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 23 ระดับความสุขของประเทศไทย
Metric	ระดับความสุขของประเทศไทย
คำนิยาม	ระดับความสุขของประชาชน เปรียบเทียบในระดับระหว่างประเทศ และระดับโลก
วิธีคำนวณ	ยังไม่ระบุชัดเจน แต่มีข้อมูลการรายงานผลคะแนนความสุขของประเทศไทย ในรายงาน World Happiness Report ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสะท้อนสถานการณ์ของประเทศไทยได้
แหล่งข้อมูล	กรมสุขภาพจิต สืบเคราะห์จาก World Happiness Report (รายปี)
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	ข้อมูลรายงาน World Happiness Report https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2019/WHR19.pdf
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที

สาระหมวด	4.14 ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่
ชุดตัวชี้วัด	14) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 24 จำนวนตำบลที่มีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่และประเด็น
Metric	จำนวนตำบลที่มีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่และประเด็น
คำนิยาม	ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายถึง กรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วม หรือกรอบกติการ่วมที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นประเด็นทางสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะหรือเป็นประเด็นทางสุขภาพในภาพรวมของแต่ละพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน
วิธีคำนวณ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวบรวมข้อมูลรวบรวมข้อมูลจำนวนตำบลที่มีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่และประเด็น ในประเทศไทย
แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
คำอธิบายเพิ่มเติม	-
เอกสารอ้างอิง	https://rb.gy/asa1ol
ความพร้อมของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลได้ทันที